

# Sesión informativa sobre la asistencia para la adopción y la ayuda para el cuidado de permanencia

Departamento de Servicios de Medicaid y CHIP

Invierno de 2017



TEXAS

Health and Human  
Services

# Resumen

**Al terminar esta presentación, usted podrá contestar las siguientes preguntas:**

- ◆ ¿Qué son los programas del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS) Asistencia para la Adopción y Ayuda para el Cuidado de Permanencia (AAPCA)?
- ◆ ¿Qué es la atención médica administrada?
- ◆ ¿Qué programas de atención médica administrada atenderán a las personas en AAPCA?
- ◆ ¿Qué se requiere de los proveedores?
- ◆ ¿Cómo escogen los beneficiarios un plan médico y un proveedor de cuidado primario?
- ◆ ¿Cuándo pasarán a la atención médica administrada?



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

# Antecedentes

- ◆ La Legislatura 83 de Texas instruyó a la HHSC para que pasara a las personas en el plan de pago por servicio de Medicaid a la atención médica administrada de Medicaid.
- ◆ Actualmente, las personas con AAPCA reciben los servicios de Medicaid por medio del plan de pago por servicio de Medicaid.
- ◆ La mayoría de las personas con AAPCA pasarán a la atención médica administrada de Medicaid el 1 de septiembre de 2017.

# ¿Qué es AAPCA?

- ◆ El DFPS administra el programa AAPCA:
  - ◆ El programa de Asistencia para la Adopción brinda ayuda a algunos niños adoptados después de estar bajo cuidado temporal.
  - ◆ El programa de Ayuda para el Cuidado de Permanencia brinda apoyo económico a los familiares que dan un hogar permanente a niños que estaban bajo cuidado temporal y no pueden regresar con sus padres.
- ◆ AAPCA puede brindar:
  - ◆ Cobertura de Medicaid para el niño.
  - ◆ Ayuda de dinero en efectivo mensualmente del DFPS.
  - ◆ Un reembolso único de DFPS para algunos gastos legales que resulten de la adopción o la adquisición de la custodia exclusiva de un niño.



# ¿Qué es la atención médica administrada?

- La atención médica administrada es la atención médica brindada por medio de la red de doctores, hospitales y otros proveedores responsables de la administración y prestación de cuidados de alta calidad a un costo eficiente.
- El estado paga una cuota fija al plan médico por cada miembro inscrito, en vez de pagar por cada unidad individual del servicio que proporciona.

# ¿Cuáles son las metas de la atención médica administrada?

- ◆ Recalcular los cuidados preventivos.
- ◆ Establecer un consultorio médico primario por medio de un proveedor de cuidado primario, como un doctor, un enfermero o una clínica.
- ◆ Mejorar el acceso a los cuidados.
- ◆ Asegurar que las personas reciban los servicios adecuados.
- ◆ Mejorar la satisfacción de la persona y el proveedor.
- ◆ Promover el cuidado en un ámbito más adecuado y menos limitado.
- ◆ Mejorar los resultados médicos, la calidad de los cuidados y la eficiencia de costos.



# Programas de atención médica administrada en Texas

- ◆ STAR
- ◆ STAR Health
- ◆ STAR+PLUS
- ◆ STAR Kids
- ◆ Texas Dual Eligible Integrated Care Project (conocido como Dual Demonstration)
- ◆ CHIP
- ◆ CHIP y servicios dentales de Medicaid para Niños



# ¿Cuántas personas reciben Medicaid?

Las estimaciones para noviembre de 2016 muestran:

- ◆ 4,135,869 personas inscritas en Medicaid de Texas.
  - ◆ 3,785,701 de las personas reciben atención médica administrada.
    - ◆ STAR: 3,022,202
    - ◆ STAR+PLUS: 531,859
    - ◆ STAR Health: 31,977
    - ◆ STAR Kids: 163,358
    - ◆ Dual Demonstration: 36,305
  - ◆ 350,168 personas inscritas en el plan de pago por servicio de Medicaid.



# ¿Qué es un plan médico?

- ◆ Los planes médicos brindan un consultorio médico primario por medio de un doctor primario, un enfermero o una clínica y remisiones a servicios especializados cuando sea necesario.
  - ◆ Excepción: las personas que reciben Medicare y Medicaid (doble elegibilidad) reciben los servicios básicos de atención por medio de Medicare.
- ◆ Los planes médicos podrían ofrecer servicios adicionales, también conocidos como “servicios de valor agregado”.
  - ◆ Servicios adicionales de la vista
  - ◆ Servicios de salud y bienestar



# ¿Qué es STAR?

- ◆ STAR es un programa de atención médica administrada para la mayoría de los beneficiarios de Medicaid.
- ◆ STAR sirve a:
  - ◆ Niños,
  - ◆ Familias de bajos ingresos,
  - ◆ Niños antes bajo cuidado temporal y
  - ◆ Mujeres embarazadas.
- ◆ A partir del 1 de septiembre de 2017, la mayoría de los niños y adolescentes con AAPCA recibirán los servicios por medio de STAR.



# ¿Cuáles son los beneficios de STAR?

- ◆ Beneficios de Medicaid
  - ◆ Medicamentos con receta sin límite
  - ◆ Días necesarios en el hospital sin límite
- ◆ Un doctor, un enfermero o una clínica que sirve como un consultorio médico primario.
- ◆ Administración de servicios
  - ◆ Incluye el desarrollo de un plan de servicios y la coordinación de servicios para los miembros con necesidades médicas especiales.
- ◆ Servicios adicionales
  - ◆ Servicios adicionales brindados por el plan médico como servicios de salud y bienestar, servicios adicionales de la vista, etc.



# ¿Qué es la administración de servicios de STAR?

- ◆ Un servicio que ofrece el plan médico para:
  - ◆ Desarrollar un plan de servicio, que incluye un resumen de las necesidades actuales, una lista de los servicios que se requieren y una descripción sobre quién proporcionará estos servicios.
  - ◆ Coordinar los servicios entre el proveedor de cuidado primario, los proveedores especializados y los proveedores no médicos del miembro.
  - ◆ Asegurar que la persona reciba los servicios cubiertos que son médicamente necesarios y otros servicios y apoyos.
  - ◆ Todos los miembros con atención médica administrada de AAPCA pueden recibir la administración de servicios.



# ¿Qué es STAR Kids?

- ◆ STAR Kids es un programa de atención médica administrada para niños y adolescentes de hasta 20 años de edad que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:
  - Reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Medicaid relacionado con SSI.
  - Están inscritos en Medicare.
  - Reciben servicios por medio de un programa opcional de (c)1915:
    - Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
    - Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
    - Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)
    - Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)
    - Programa de Niños Medicamente Dependientes (MDCP)
    - Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES)
- A partir del 1 de septiembre de 2017, los niños y jóvenes con AAPCA que cumplan el criterio antes mencionado recibirán los servicios por medio de STAR Kids.



# ¿Cuáles son los beneficios de STAR Kids?

- ◆ Beneficios de Medicaid para Niños.
  - Medicamentos con receta sin límite
  - Los días necesarios en el hospital sin límite
- ◆ Proveedor de cuidado primario.
- ◆ Servicios y apoyos a largo plazo del plan del estado, así como enfermería privada y servicios de cuidado personal.
- ◆ Servicios opcionales de servicios y apoyos a largo plazo por medio del Programa para Niños Médicamente Dependientes para niños y adolescentes que cumplen los requisitos.
- ◆ Servicios adicionales.
- ◆ Coordinación de servicios.
  - Ayuda inicial y continua para identificar, escoger, obtener, coordinar y usar los servicios cubiertos para mejorar el bienestar del niño, su independencia e integración en la comunidad.



# ¿Qué es la coordinación de servicios de STAR Kids?

- ◆ El servicio de cuidado especializado brindado por los enfermeros del plan médico y otros profesionales con las competencias necesarias para coordinar los cuidados, lo que incluye:
  - ◆ Identificar las necesidades, así como la salud física y mental, y los servicios y apoyos a largo plazo.
  - ◆ Desarrollar un plan de servicios centrados en la persona para tratar las necesidades identificadas.
  - ◆ Asegurar que las personas reciben los servicios cuando los necesitan.
  - ◆ Prestar atención a las necesidades únicas de cada miembro.
  - ◆ Coordinar con otros servicios cuando sea necesario.



# TEXAS Managed Care Service Areas

(Effective Fall 2016)

**STAR Health** (statewide) – Superior  
**CHIP RSA** (MRSA Service Areas + Hidalgo) – Molina, Superior

## LUBBOCK

**STAR** - Amerigroup, FirstCare, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Superior  
**STAR Kids** - Amerigroup, Superior  
**CHIP** - FirstCare, Superior

## MRSA WEST

**STAR** - Amerigroup, FirstCare, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Superior  
**STAR Kids** - Amerigroup, Superior

## EL PASO

**STAR** - El Paso First, Molina, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Molina  
**STAR Kids** - Amerigroup, Superior  
**CHIP** - El Paso First, Superior

## TRAVIS

**STAR** - Blue Cross and Blue Shield of Texas, Sendero, Seton, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, United  
**STAR Kids** - Blue Cross and Blue Shield of Texas, Superior  
**CHIP** - Blue Cross and Blue Shield of Texas, Sendero, Seton, Superior

## BEXAR

**STAR** - Aetna, Amerigroup, Community First, Superior  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Molina, Superior  
**STAR Kids** - Community First, Superior  
**CHIP** - Aetna, Amerigroup, Community First, Superior

## HIDALGO

**STAR** - Driscoll, Molina, Superior, United  
**STAR+PLUS** - Cigna-HealthSpring, Molina, Superior  
**STAR Kids** - Driscoll, Superior, United

## TARRANT

**STAR** - Aetna, Amerigroup, Cook Children's  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Cigna-HealthSpring  
**STAR Kids** - Aetna, Cook Children's  
**CHIP** - Aetna, Amerigroup, Cook Children's

## DALLAS

**STAR** - Amerigroup, Molina, Parkland  
**STAR+PLUS** - Molina, Superior  
**STAR Kids** - Amerigroup, Children's Medical Center  
**CHIP** - Amerigroup, Molina, Parkland

## MRSA NORTHEAST

**STAR** - Amerigroup, Superior  
**STAR+PLUS** - Cigna-HealthSpring, United  
**STAR Kids** - Texas Children's, United

## MRSA CENTRAL

**STAR** - Amerigroup, Scott and White, Superior  
**STAR+PLUS** - Superior, United  
**STAR Kids** - Blue Cross and Blue Shield of Texas, United

## JEFFERSON

**STAR** - Amerigroup, Community Health Choice, Molina, Texas Children's, United  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Molina, United  
**STAR Kids** - Texas Children's, United  
**CHIP** - Amerigroup, Community Health Choice, Molina, Texas Children's, United

## HARRIS

**STAR** - Amerigroup, Community Health Choice, Molina, Texas Children's, United  
**STAR+PLUS** - Amerigroup, Molina, United  
**STAR Kids** - Amerigroup, Texas Children's, United  
**CHIP** - Amerigroup, Community Health Choice, Molina, Texas Children's, United

## NUECES

**STAR** - Christus, Driscoll, Superior  
**STAR+PLUS** - Superior, United  
**STAR Kids** - Driscoll, Superior  
**CHIP** - Christus, Driscoll, Superior



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

Map Prepared by: Strategic Decision Support Department,  
Texas Health and Human Services Commission. MRL.  
October 1, 2015

**RSA:** Rural Service Area  
**MRSA:** Medicaid Rural Service Area

# AAPCA a STAR

Las personas con AAPCA que cumplen los siguientes criterios pasarán a STAR el 1 de septiembre de 2017.

- ◆ No reciben:
  - ◆ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
  - ◆ Medicare
  - ◆ Servicios de un programa opcional 1915(c)
- ◆ No tienen una discapacidad según la Administración del Seguro Social de EE. UU. o el gobierno de Texas.
- ◆ No viven en:
  - ◆ Un centro para convalecientes
  - ◆ Un centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual o del desarrollo o un padecimiento relacionado (ICF/IID)



# AAPCA a STAR Kids

Las personas con AAPCA que cumplen los siguientes criterios pasarán a STAR Kids el 1 de septiembre de 2017.

- ◆ Reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) .
- ◆ Tienen una discapacidad según la Administración del Seguro Social de EE. UU. o el gobierno de Texas.



# AAPCA permaneciendo en FFS

- ◆ Las personas con AAPCA que cumplen el siguiente criterio permanecerán en el plan tradicional de pago por servicio de Medicaid:
  - ◆ Viven en los centros de Justicia Juvenil de Texas.
  - ◆ Viven en el Centro Truman W. Smith.
  - ◆ Viven fuera de Texas.
- ◆ Las personas en el programa de cuidados para enfermos terminales de Medicaid que no cumplen el criterio de STAR Kids permanecerán en el plan de pago por servicio de Medicaid.
- ◆ Los miembros de una tribu reconocida por el gobierno federal pueden elegir permanecer en plan de pago por servicio de Medicaid.



# ¿Cómo sabrá mi doctor qué plan médico tengo?

- ◆ Todos los miembros de STAR y STAR Kids reciben una tarjeta de identificación (ID) del plan médico, además de la tarjeta de Your Texas Benefits de Medicaid del estado.
- ◆ La tarjeta de identificación (ID) del plan médico incluye la siguiente información:
  - ◆ El nombre y número de identificación (ID) de Medicaid del beneficiario
  - ◆ El programa de Medicaid (p.ej., STAR, STAR Kids)
  - ◆ El nombre del plan médico
  - ◆ El nombre y número de teléfono del PCP
  - ◆ Los números de teléfono gratis de los servicios para miembros, la coordinación de servicios y la línea directa de servicios de salud conductual
  - ◆ Otra datos (p.ej., fecha de nacimiento, área de servicio, dirección del PCP)



# ¿Se brindarán los servicios actuales como parte de la atención médica administrada?

- ◆ Se aceptarán las autorizaciones para cuidados básicos como son las citas con especialistas, los artículos médicos, etc., durante 90 días, hasta que venza la autorización o hasta que el plan médico los autorice nuevamente.
- ◆ Se aceptarán las autorizaciones para servicios y apoyos a largo plazo durante seis meses o hasta que se lleve a cabo otra evaluación.
- ◆ Durante el periodo de transición, los miembros pueden seguir viendo a sus proveedores actuales, incluso cuando no estén en la red de proveedores de su plan médico.

# Autorizaciones existentes

- ◆ Se enviarán las autorizaciones anteriores aprobadas y vigentes para los servicios cubiertos a los planes médicos de STAR o STAR Kids antes del 1 de septiembre de 2017.
- ◆ Estas autorizaciones anteriores están sujetas a los requisitos para el cuidado en curso antes mencionados.
- ◆ No es necesario que los proveedores vuelvan a presentar solicitudes de autorización a los planes médicos si ya existe una autorización.

# ¿Puedo ver a los proveedores que uso ahora?

- ◆ Los proveedores deben estar contratados y acreditados con un plan médico para poder proporcionar servicios de atención médica administrada de Medicaid.
- ◆ Se negocian las cuotas por medio del proveedor y el plan médico.
- ◆ Los requisitos de la autorización y el trámite de las solicitudes de pago puedan variar de un plan a otro.

# ¿Qué es un proveedor tradicional principal?

- ◆ Un proveedor tradicional principal es un proveedor que ha atendido a las personas en el plan de pago por servicio de Medicaid.
- ◆ Los planes médicos deben ofrecer a los proveedores tradicionales principales la oportunidad de formar parte de la red del plan médico contratado.
- ◆ Los planes médicos se pondrán en contacto con los proveedores tradicionales principales .
  - ◆ Los proveedores pueden tomar la iniciativa y ponerse en contacto con los planes médicos.
- ◆ Los proveedores tradicionales principales y los planes médicos deben acordar las condiciones para la contratación y acreditación.



# ¿Qué pasa si el proveedor está fuera de área?

- ◆ Los planes médicos deben contar con una red de proveedores adecuada y proporcionar los servicios que los miembros necesitan dentro de su área de servicio.
- ◆ Los planes médicos además puedan pagar a los proveedores fuera de su área de servicio en algunas situaciones, como para brindar los servicios de emergencia o mantener los cuidados en curso con un proveedor existente.

# ¿Qué pasa si el proveedor no entra en un contrato con el plan médico?

- ◆ Si el proveedor decide no entrar en un contrato con los planes médicos en el área de servicio, no formará parte de la red de proveedores.
- ◆ A veces, el plan médico puede firmar un acuerdo para un único caso o entrar en un contrato limitado.

# Solicitudes de pago de los proveedores

- ◆ Los proveedores, incluidos los proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, deben presentar cualquier solicitud de pago en los 95 días siguientes a la fecha en que prestaron el servicio.
- ◆ Los planes médicos deben tramitar la mayoría de las solicitudes de pago en 30 días (18 días para las solicitudes de pago electrónicas de farmacia).

# Apelaciones y audiencias imparciales

- ◆ Los miembros pueden apelar al plan médico y solicitar una audiencia imparcial ante el estado si se les deniegan, reducen o terminen los servicios.
- ◆ Los servicios pueden continuar durante la revisión si presenta una apelación o se solicita una audiencia imparcial a tiempo y el miembro solicita la continuación de servicios durante la tramitación de la apelación.

# Quejas de los proveedores

- ◆ Los proveedores deben contactar al plan médico para presentar una queja y agotar el proceso de resolución del plan médico antes de elevarla a la HHSC.
- ◆ Las apelaciones, los agravios o la resolución de conflictos son responsabilidad del plan médico.
- ◆ Los proveedores pueden presentar quejas a la HHSC si consideran que no recibieron las garantías procesales debidas del plan médico.
  - ◆ [HPM\\_Complaints@hhsc.state.tx.us](mailto:HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us)



# Quejas y apelaciones

- ◆ Los planes médicos deben usar a proveedores capacitados adecuadamente para revisar todos las quejas y apelaciones de los miembros de carácter médico, así como:
  - ◆ Las apelaciones sobre la denegación o limitación de beneficios.
  - ◆ Otras quejas frecuentes:
    - ◆ La calidad del cuidado o los servicios
    - ◆ La accesibilidad o disponibilidad de los servicios
    - ◆ El trámite de solicitud de pago

# ¿Qué pasa si tengo problemas con los servicios de Medicaid?

Puede llamar hoy mismo a la Oficina del Ombudsman del HHS:

- ◆ 1-877-787-8999

A partir del 1 de septiembre de 2017, además usted puede:

- ◆ Llamar al número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación (ID) de su plan médico.
- ◆ Si no se resuelve el problema, llamar al equipo de ayuda para la atención médica administrada del Ombudsman:
  - ◆ 1-866-566-8989



# ¿Qué hago ahora?

- ◆ Infórmese sobre los planes médicos disponibles en los condados donde:
  - ◆ Usted recibe los servicios, si es un beneficiario.
  - ◆ Usted brinda servicios, si es un proveedor.
- ◆ Proveedores:
  - ◆ Comience el proceso de contratación y acreditación con los planes médicos cuanto antes.
  - ◆ Prepárese para negociar las cuotas con los planes médicos.
  - ◆ Familiarícese con las políticas y procedimientos para la autorización previa y la facturación.
- ◆ Beneficiarios:
  - ◆ Asegúrese de que su dirección y teléfono en el sistema son correctos.
  - ◆ Pregunte a sus doctores por los planes médicos que aceptan.



# ¿Qué hago si necesito actualizar mi dirección o mi número de teléfono?

- ◆ El padre o madre adoptivo, o el encargado de los cuidados de ayuda para el cuidado de permanencia debe comunicarse con el especialista de elegibilidad encargado de su caso de la asistencia para la adopción regional de DFPS.
- ◆ Si el padre, la madre o el cuidador no sabe quién es el especialista de elegibilidad encargado, para averiguarlo puede comunicarse con la línea de ayuda del DFPS al 1-800-233-3405. El padre, la madre o el encargado de los cuidados debe comunicarse con el especialista de elegibilidad para asistencia con la adopción para ayudar con el cambio de dirección.



# ¿Cómo elijo un plan médico?

- ◆ Los beneficiarios del AAPCA que pasen a STAR o STAR Kids recibirán un paquete por correo con información sobre los planes médicos disponibles en su área.
- ◆ Todo el mundo podrá escoger como mínimo entre dos planes médicos.
- ◆ Cada plan médico tiene una lista de proveedores. Los beneficiarios escogerán de los proveedores de cuidado primario incluidos en esta lista.
- ◆ Si los beneficiarios no eligen una opción, la HHSC les asignará un plan médico y un proveedor de cuidado primario.
- ◆ Los miembros pueden cambiar de plan médico en cualquier momento. Los cambios tardan de 15 a 45 días en entrar en vigor.



# Actividades de inscripción

- ◆ Mayo de 2017 – Las personas reciben las cartas de introducción.
- ◆ Junio de 2017 – Las personas reciben los paquetes de inscripción.
- ◆ Julio de 2017 – Las personas que no hayan elegido un plan médico reciben un recordatorio.
- ◆ 14 de agosto de 2017– Se asignará un plan médico a las personas que no hayan elegido uno.
  - ◆ Los beneficiarios pueden cambiar de plan médico en cualquier momento comunicándose con un representante para inscripciones (enrollment broker).
- ◆ 1 de septiembre de 2017– las personas en AAPCA pasarán a recibir atención médica administrada.



# ¿Qué hago si aún tengo preguntas?

- ◆ Infórmese sobre la transición de las personas con AAPCA a STAR y STAR Kids en: [hhs.texas.gov/AAPCA](https://hhs.texas.gov/AAPCA) (en inglés)
- ◆ Aprenda más sobre la atención médica administrada en: [hhs.texas.gov/services/health/medicaid-and-chip/provider-information/expansion-managed-care](https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-and-chip/provider-information/expansion-managed-care) (en inglés)
- ◆ Envíe sus preguntas a: [managed\\_care\\_initiatives@hhsc.state.tx.us](mailto:managed_care_initiatives@hhsc.state.tx.us)

